
Cómo Poner una Queja del Consumidor

El Departamento de Protección y Educación al Consumidor del Oficina de Seguro en Kentucky (*Kentucky Office of Insurance*) se ha creado para asistir a residentes de Kentucky con asuntos relacionados a la industria de proveer seguros.

Nuestra función principal es la de resolver quejas del consumidor. Si no puede resolver un problema relacionado al seguro a su satisfacción después de comunicarse con el agente, la compañía, etc., debe ponerse en contacto con nuestra oficina. *Tiene que entregar su queja por escrito o electrónicamente.* No podemos aceptar quejas orales. El registro de una queja escrita evita la mala comunicación y debe facilitar una respuesta más exacta a su queja.

Si usted, sin embargo, tiene preguntas que no contesta esta hoja informativa o si quiere nada más hablar de su caso antes de poner una queja, por favor comuníquese con nosotros al **1-800-595-6053**. La línea de asistencia TTY para sordomudos es 1-800-462-2081.

Se puede enviarnos su queja por correo o fax o usando el formulario online de queja en nuestra página de red <http://doi.ppr.ky.gov/kentucky/> -- bajo Educación y Protección al Consumidor (*Consumer Protection y Education.*) Por favor sea avisado de que si nos envía una queja electrónicamente, la Oficina de Seguros no puede garantizar privacidad durante la transmisión. Por favor no incluya información personal o delicada en su sumisión electrónica.

Recibirá un informe por escrito que confirma que se ha recibido su queja. El empleado encargado de su caso puede ponerse en contacto con usted si tiene preguntas adicionales. *Es entonces muy importante incluir su nombre, dirección y teléfono.*

Algunos tips para poner una queja efectiva

Su queja por escrito debe incluir:

- Su nombre, dirección y teléfono. (*Si la dirección para recibir correo es un apartado postal, por favor incluya su dirección de calle también.*)
- El tipo de seguros involucrado (de casa, salud, auto, vida, etc.).
- La compañía involucrada en su queja.
- Su número de póliza, reclamación, grupo o identificación (incluya todos los aplicables). (*Si su queja tiene que ver con seguro de salud, por favor fije una copia de ambos lados de su tarjeta de identificación del plan de salud.*)
- Un resumen de su queja, incluso copias de documentos relevantes. (*Por favor no envíe copias originales.*)

Una vez se haya recibido su queja por escrito, la compañía recibirá notificación y instrucciones para responder dentro de 15 días. Esta fecha límite será estrechamente observada y habrá monitoreo de su queja para asegurar que se resuelva puntualmente. *Un caso normal se debe resolver dentro de 30 días.*

Registro de una queja por parte de otra persona

Por favor sea consciente de que debido a regulaciones federales y estatales de privacidad, se le podría necesitar una copia de su Poder General de Abogado (*power of attorney*) o que entregue una hoja firmada que otorga Autoridad de Poner Quejas por Parte de Terceros (*designation of authority for third party complaints*) si usted está poniendo una queja por parte de otra persona. Este le permite servir como el/la representante de otra persona con el propósito de registrar e investigar la queja. Puede obtener esta forma con una llamada al Departamento de Protección y Educación al Consumidor al 1-502-564-6034 or 1-800-595-6053. Se puede obtener este formulario también online en la página del departamento -- <http://doi.ppr.ky.gov>. Haga clic en "Publicaciones Gratis" ("*Free Publications*") y busque debajo del título de "Oficina de Seguros" ("*Office of Insurance.*")

Información Adicional

Tenga en mente que la Oficina de Seguros no tiene autoridad sobre los casos relacionados con asuntos fuera de su jurisdicción. Bajo esas circunstancias, se le puede referir a otra agencia. Por ejemplo, algunos planes de seguros caen bajo regulaciones federales y en este caso le daremos la información necesaria para reportar aquellos asuntos al departamento federal de trabajo (*U.S. Department of Labor.*)

Esté seguro(a) revisar cuidadosamente su póliza. Se pueden evitar problemas y quejas sabiendo los específicos de su cobertura.

La Oficina de Seguros de Kentucky tomará la acción apropiada después de investigar su caso.

Kentucky Environmental and
Public Protection Cabinet
Office of Insurance

P.O. Box 517, Frankfort, KY 40602-0517
Gratis 1-800-595-6053 Sordomudos: 1-800-462-2081
<http://doi.ppr.ky.gov/kentucky/>

The Kentucky Office of Insurance no discrimina a base de raza, color, religión, sexo, origen nacional, orientación sexual o identidad de género, descendencia, edad, incapacidad o estatus de veterano. La Oficina provee, al pedirlos, los recursos razonables, incluso asistencia auxiliaría y servicios necesarios para proporcionarle a un individuo con una incapacidad una oportunidad igual para participar en los servicios, programas y las actividades.

Para pedir documentos de otro formato, póngase en contacto con la Oficina de Seguros, Communications Office, P.O. Box 517, Frankfort KY 40601. V (800) 595-6053; TTY (800) 462-2081. Sordomudos pueden ponerse en contacto con una agencia usando Kentucky Relay Service, un servicio gratis de telecomunicaciones. Para voz a TTY llame (800) 648-6057. Para TTY a voz, llame (800) 648-6056.

Imprimido con fondos estatales en papel reciclado

QUEJA INFORMACIÓN 2007

Kentucky Office of Insurance
Division of Consumer Protection and Education
(Departamento de Protección y Educación al Consumidor)
P.O. Box 517, Frankfort, KY 40602-0517
Gratis: 1-800-595-6053 TTY para sordomudos: 1-800-462-2081
Protección al Consumidor: (502) 564-6034, Fax: (502) 564-6090
Hoja para registrar una queja online bajo Protección y Educación al Consumidor
a <http://doi.ppr.ky.gov/kentucky/>

Hoja de Quejas del Consumidor

NOTA: Para poder asistirle, necesitamos un resumen detallado del problema desde su punto de vista, además de la información que se solicita abajo. Se puede añadir más hojas si es necesario. Favor de escribir a máquina o usar letra de molde. Fije por favor copias de documentos relacionados a su queja. No envíe las copias originales.

1. Nombre _____ Teléfono _____

2. Dirección _____ Ciudad, Estado, CP _____

3. Se trata de cuál tipo de seguro (*marque uno con círculo*):

Auto Propietario de Casa Vida Salud Discapacidad

Compensación Laboral Comercial Otro (especifique por favor) _____

4. Mi queja tiene que ver con (*marque con círculo el/los aplicable(s)*):

Compañía de Seguro Ajustador Agente Otro _____

5. Si usted está registrando una queja por parte de otra persona, ¿cuál es su relación con el asegurado/la persona que tiene la póliza? _____ Refiérase por favor a la hoja informativa para saber más en cuanto a los documentos que se le pueden pedir para dejarle servir como representante autorizado.

6. La compañía de seguro relevante es asociada con (*marque uno con círculo*):

Su Póliza La Póliza de otra persona

7. Información en **mi** póliza: (*complete todo que se aplica*)

compañía de seguro: _____

número de póliza: _____

número de grupo: _____

número de identificación: _____

nombre de agente: _____

dirección de agente: _____

8. Información en la póliza **de la otra persona** (complete todo que se aplica):

Nombre de asegurado: _____

compañía de seguro: _____

número de póliza: _____

número de grupo: _____

número de identificación: _____

nombre de ajustador: _____

9. ¿Tiene representación legal? (Marque por favor uno.)

Sí

No

Fecha de Hoy: (MM/DD/AA) / /

Firma _____

Utilice el espacio abajo para proveer una descripción detallada del problema desde su punto de vista. Se puede fijar más hojas si es necesario.

The Kentucky Office of Insurance no discrimina a base de raza, color, religión, sexo, origen nacional, orientación sexual o identidad de género, descendencia, edad, incapacidad o estatus de veterano. La Oficina provee, al pedirlos, los recursos razonables, incluso asistencia auxiliaría y servicios necesarios para proporcionarle a un individuo con una incapacidad una oportunidad igual para participar en los servicios, programas y las actividades.

Se ha imprimido esta hoja con fondos estatales.